ZDROWIE I·ŻYCIE

DZIENNIK·URZĘDOWY IZBY·ZDROWIA W·GENERALNYM GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW



ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 5 (22). Rocznik II. | Kraków, 2. 2. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer—Pressekonto przy Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Część redakcyjna: Rękopisy należy nadsyłać w języku niemieckim i polskim. Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Przyczynek do zwalczania jaglicy

Przeciwstawienie rozporządzenia Generalnego Gubernatora z 20. 12. 1940 i ustawy z 22. 3. 1928 wydanej przez Prezydenta b. Rzeczypospolitej Polskiej.

Napisał: Fritz Müller, główny referent w Wydziale Spraw Zdrowotnych w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, Kraków.

Ustawą o zwalczaniu jaglicy z 22. 3. 1928, wydaną przez Prezydenta b. Rzeczypospolitej Polskiej, przepisano dla wszystkich przypadków zachorowania na jaglicę obligatoryjny obowiązek zgłaszania, jak również przymus leczenia. Ustawa ta była w mocy do dnia 1 stycznia 1941, w którym to dniu uzyskało moc prawną rozporządzenie Generalnego Gubernatora z 20. 12. 1940 o zwalczaniu trachomy (jaglicy, egipskiego zapalenia oczu).

Generalny Gubernator skłonił się do wydania rozporządzenia o zwalczaniu jaglicy w Generalnym Gubernatorstwie (nazwanego poniżej krótko „rozporządzeniem“), **gdyż wedle zapatrywań urzędów niemieckich z zakresu zdrowia publicznego istniejąca ustawa** z 22. 3. 1928 (nazywana poniżej krótko „ustawą“) **nie dawała rękojmi za rozstrzygające powodzenie zwalczania jaglicy.**

Rozporządzenie postanawia w § 1, że ten, kto jest chory na jaglicę i wie o tym, albo wedle okoliczności musi to przypuszczać, ma obowiązek dać się leczyć lekarzowi aż do ostatecznego wyleczenia, oraz ma się stosować do wszystkich zarządzeń, wydanych dla leczenia choroby. Już przez to wydano **postanowienie wychodzące poza ustawę.** Według rozporządzenia nie tylko każdy cierpiący na jaglicę, który o tym wie, ale też ten, kto wedle okoliczności musi przypuszczać, że cierpi na jaglicę, jest zobowiązany dać się leczyć lekarzowi i to aż do ostatecznego wyzdrowienia. Przez określenie „albo wedle okoliczności musi przypuszczać“ obrócono w niwecz wymówkę chorych, że nie byli dostatecznie poinformowani o rodzaju swego schorzenia, podczas gdy słowa „aż do swego ostatecznego wyleczenia“ ustalają leczenie na cały czas trwania choroby. Tych postanowień, ważnych dla energicznego zwalczania choroby, nie zawierała ustawa. Tam powiedziano tylko, że każdy chory na jaglicę jest obowiązany poddać się leczeniu szpitalnemu lub u lekarza uprawnionego do wykonywania praktyki. To postanowienie jest bardzo miękkie i dawało możliwość obejścia obowiązku leczenia, zwłaszcza że możliwości kontroli na podstawie dalszych postanowień ustawy nie były dość wielkie.

§ 2 rozporządzenia postanawia, że w zrozumieniu tego rozporządzenia chorymi jagliczo są takie osoby, u których wedle oceny lekarskiej zachodzi lub może wystąpić możność zakażenia się. Przez to **określono chorobę w zrozumieniu rozporządzenia tak dokładnie,** iż nie mogą wystąpić jakiekolwiek wątpliwości co do

przypadków chorobowych, podlegających temu rozporządzeniu. W ustawie brak w ogóle odnośnej, dokładnie opisanej postaci schorzenia, podlegającego zwalczaniu jaglicy.

§ 3 rozporządzenia nakłada na starostę powiatowego (miejskiego) **obowiązek** zarządzenia dla podejrzanych o jaglicę osób badania lekarskiego, a w razie potrzeby leczenia lekarskiego, oraz w razie konieczności przeprowadzania go pod przymusem policyjnym, a przez to rozciąga koło osób, które podpadają pod rozporządzenie, tak daleko, że możliwe jest ujęcie chorych jagliczo w najwcześniejszym stadium choroby. Tymi postanowieniami ustanowiono dalszemu rozszerzaniu się choroby **granice, których zupełnie brakuje w ustawie.** Podejrzaną o jaglicę jest, wedle ust. 2 § 3 rozporządzenia, w zrozumieniu ustępu 1, każda osoba należąca do wspólnoty mieszkaniowej chorego jagliczo. Postanowienie o ujęciu osób podejrzanych o jaglicę jest szczególnie ważne, jeżeli weźmie się pod uwagę wielką zaraźliwość choroby.

Podczas gdy art. 1 ustawy postanawia, że każdy przypadek zachorowania na jaglicę winno się donieść właściwej władzy powiatowej w przeciągu tygodnia od stwierdzenia i przez to zostawia otwartą sprawę, czy doniesienie ma nastąpić ustnie czy pisemnie, paragraf 4 rozporządzenia, z uwagi na jak najszybsze ujęcie wszystkich przypadków zachorowań na jaglicę, postanawia, że każdy lekarz w Generalnym Gubernatorstwie ma obowiązek o każdym przypadku stwierdzenia przez niego zachorowania na jaglicę

1) złożyć **pisemne** doniesienie,

2) musi **dokładnie oznaczyć chorą osobę** i winien w miarę możności podać też źródło zakażenia, oraz

3) musi złożyć **doniesienie bezzwłocznie,** najpóźniej jednak w ciągu 48 godzin od dokonania stwierdzenia.

O wiele dokładniejsze i szybsze ujęcie wszystkich przypadków zachorowań na jaglicę, niż to przewiduje ustawa.

Podczas gdy ustawa w art. 2 postanawia, że zobowiązanymi do doniesienia są lekarze, kierownicy szpitali, kierownicy ambulatoriów i podobnych instytucyj, o nałożonym lekarzom w § 4 obowiązku doniesienia postanawia rozporządzenie w § 5, że **każdy,** kto o tym wie, że chory jagliczo nie znajduje się w leczeniu u lekarza, albo usuwa się od leczenia przez lekarza, **jest zobowiązany złożyć o tym** w przeciągu 48 godzin **doniesienie** staroście powiatowemu (miejskiemu) lub właściwej miejscowej władzy policyjnej. Chociaż to postanowienie **przede wszystkim** odnosi się **do członków zawodów leczniczych,** jak np. położnych, pielęgniarek itd., to jednakże dotyczy ono każdej poszczególnej osoby, jaka zna w swym otoczeniu chorego jagliczo, który nie znajduje się w leczeniu lekarskim, albo usuwa się od leczenia u lekarza, przede wszystkim więc bliższego i dalszego otoczenia chorego, jak członków rodziny, krewnych itd.

§§ 6 i 7 rozporządzenia zawierają **postanowienia karne** i mówią w § 6 ustęp 1, że lekarz, który we właściwym czasie nie wypełni obowiązku doniesienia wedle § 4 ust. 2, będzie ukarany **grzywną,** podczas gdy lekarza, który zaniecha obowiązku doniesienia wedle § 4 ust. 1, należy ukarać **więzieniem.** Obok tego można będzie orzec **trwały albo czasowo ograniczony zakaz wykonywania zawodu.** § 7 ust. 1 postanawia, że kto nie wypełnia swego obowiązku wedle § 1 ust. 1 (obowiązku leczenia się aż do ostatecznego wyleczenia i wykonywania wszystkich zarządzeń celem wyleczenia choroby) będzie karany więzieniem. Przy mniejszym przewinieniu można będzie orzec grzywnę. Ustęp 2 § 7 rozciąga obowiązek wedle § 1 ust. 1 na rodziców, opiekunów, i inne osoby, którym powierzono pieczę nad osobą chorego jagliczo, a także na takie osoby, które nie wypełniły obowiązku doniesienia wedle § 5. Z rozszerzonych postanowień karnych **w przeciwstawieniu do art. 15 ustawy,** który przewiduje **tylko grzywnę administracyjną do 500 zł z zamianą na areszt** do 14 dni, widać wielkie znaczenie, jakie Generalny Gubernator nadaje swemu rozporządzeniu o zwalczaniu jaglicy. **Bez głęboko sięgających postanowień karnych nie ma poręki za wybitny skutek postanowienia ustawowego.** Raczej należy się liczyć, przede wszystkim w odniesieniu do zamożniejszych kół ludności, z swobodnym stosowaniem do postanowienia ustawowego, jeżeli znaczne kary nie dadzą prawu niezbędnego nacisku. Przez to, że ściganie karne na podstawie § 8 rozporządzenia następuje wyłącznie na wniosek starosty powiatowego (miejskiego), a wniosek karny można też cofnąć, **już z góry postarano się** o to, aby w najniższej instancji niemieckiej przejrzeć wpływające doniesienia i **wznieść zaporę przeciw denuncjatorstwu.**

Niezbędne **przepisy** dla przeprowadzenia rozporządzenia **wydaje Gebietsgesundheitsführer,** jako kierownik Wydziału zdrowia i zdrowotnej opieki nad ludnością w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa. Już z datą 21. XII. 1940 **wyszło 1. postanowienie** wykonawcze do rozporządzenia, które określa, że o ile przy starostach powiatowych (miejskich) jeszcze nie są ustanowieni niemieccy lekarze urzędowi, można będzie przenieść lekarskie badanie i leczenie chorych jagliczo, lub osób podejrzanych o jaglicę, na polskich lekarzy powiatowych, że **porady** udzielane w państwowych przychodniach przeciwjaglicznych **są bezpłatne** a doniesienia według § 4 rozporządzenia, który to paragraf reguluje obowiązek doniesienia, ciążący na lekarzach, należy dokonywać możliwie **na urzędowym formularzu,** który bezpłatnie można otrzymać w Wydziale zdrowotności i zdrowotnej opieki nad ludnością w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, Kraków, Grodzka 64 (Abteilung Gesundheitswesen und gesundheitliche Volkspflege in der Regierung des Generalgouvernements, Krakau, Burgstr. 64). Formularze te będzie także można otrzymywać u lekarza urzędowego przy każdym staroście powiatowym (miejskim), tak że lekarze mogą się zwracać w pierwszym rzędzie o dostarczenie formularzy do właściwego niemieckiego lekarza urzędowego względnie starosty powiatowego (miejskiego).

Przez to, że § 2 postanawia, że porady w państwowych przychodniach przeciwjaglicznych są bezpłatne, wyrażono też to, że **leczenie nie następuje bezpłatnie.** Koszty jakie powstały przez leczenie mniej zamożnych mają ponosić **urządzenia opieki społecznej** właściwej dla chorego gminy, względnie związku gmin. § 4 pierwszego postanowienia wykonawczego do rozporządzenia zaleca staroście powiatowemu (miejskiemu) przy doniesieniu o zachorowaniu niepełnoletniego, jak również takich osób, które pozostają pod opieką czy kuratelą, wskazanie rodzicom, opiekunowi, kuratorowi lub pozostałym osobom, którym powierzono pieczę nad chorymi, na ich zobowiązania, wynikające z rozporządzenia i na skutki nieprzestrzegania ich (§ 1 ust. 2 i § 7 ust. 2 rozporządzenia) aby z jednej strony ustrzec to koło osób przed karami, jakie by mogły dla nich wyniknąć z nieznajomości postanowień ustawowych, a z drugiej strony aby wykluczyć

każde usprawiedliwienie o nieznajomości obowiązków, jakie z rozporządzenia wypływają dla tego koła osób.

§ 5 pierwszego postanowienia wykonawczego do rozporządzenia wskazuje jeszcze raz na przekazane w § 8 rozporządzenia staroście powiatowemu (miejskiemu) rozstrzygnięcie odnośnie do ścigania karnego według §§ 6 i 7 rozporządzenia i mówi, że starosta powiatowy (miejski), jeżeli otrzymuje wiadomość o karalnym zaniechaniu wedle §§ 6 i 7 rozporządzenia winien wedle uznania, zgodnego z obowiązkiem służbowym, złożyć doniesienie u właściwej niemieckiej władzy oskarżającej.

1. postanowienie wykonawcze do rozporządzenia otrzymało moc obowiązującą tak, jak samo rozporządzenie, z dniem 1. I. 1941. **Należy oczekiwać dalszych postanowień wykonawczych**, a będą one zawierały przepisy, których konieczność będzie wynikać z zastosowania rozporządzenia w praktyce.

Rozporządzenie Generalnego Gubernatora o zwalczaniu trachomy (jaglicy, egipskiego zapalenia oczu) w Generalnym Gubernatorstwie z 20. XII. 1940 oddziała dla dobra wszystkich części ludności, żyjącej w Generalnym Gubernatorstwie. Dla przynależnych do wszystkich zawodów leczniczych zastrzeżone jest współpracowanie w pierwszym rzędzie w walce także i przeciw tej chorobie zakaźnej. Zobowiązany do tego jest nie tylko lekarz, lecz także i pielęgniarka gminna, położna, masażysta czy masażystka, personal pielęgniarski i to nie tylko w obrębie swego zawodu, lecz także w swym otoczeniu domowym, sąsiedzkim itd.

Stanowisko lekarza przy zwalczaniu jaglicy w Generalnym Gubernatorstwie

Napisał: Dr. med. Ernst Hellmann, kierownik referatu zakładów leczniczych i sanatoriów Wydziału Spraw Zdrowotnych w Rządzie Generalnego Gubernatorstwa, Kraków.

Zainteresowanie lekarza w kraju nadwiślańskim już od dawna zwróciło się w szczególnej mierze ku jaglicy, tej chorobie oczu szeroko rozpowszechnionej w Generalnym Gubernatorstwie; przecież w b. państwie polskim musiano się liczyć z okrągło 1/2 milionem chorych jagliczo. Liczbę ich w Generalnym Gubernatorstwie przyjmuje się na około 200.000. Zakażenie prawie wszystkich warstw w Generalnym Gubernatorstwie nie pozwala żadnemu lekarzowi na pomijanie tej niebezpiecznej choroby zakaźnej; dlatego też **nie jest ona wyłączną domeną okulistów**, lecz przedmiotem koniecznej działalności każdego lekarza praktykującego.

Stanowisko lekarza wobec trachomy nie jest określone wyłącznie jego osobistym zainteresowaniem co do tej choroby, długo trwającej i głęboko sięgającej w życie opadniętych przez nią chorych. Jako choroba zakaźna, która często opada całe rodziny, a skutkiem swych następstw (osłabienie wzroku aż do ślepoty) obniża zdolność do pracy części ludności, której nie należy nie doceniać, **jest ona nie tylko zagadnieniem lekarskim, lecz jednocześnie opieki społecznej**, a przez to i państwowym. Dlatego też we wszystkich krajach było rzeczą państwa ustawowe podmurowanie walki z jaglicą. Przez to lekarz zyskuje na autorytecie wobec chorego i jest podwójnie w stanie, dzięki swym wiadomościom i swej możności, stosować dla zwalczania tej niebezpiecznej choroby zakaźnej środki stojące mu do dyspozycji, a także powodować skuteczność tych środków.

Uznając konieczność zwalczania trachomy, Generalny Gubernator wydał w dniu 20 grudnia 1940 rozporządzenie o zwalczaniu trachomy (jaglicy, egipskiego zapalenia oczu) w Generalnym Gubernatorstwie. Przez to rozporządzenie stanowisko lekarza, jako stojącego na straży zdrowia w walce przeciw jaglicy, doznało nadzwyczajnego wzmocnienia.

Staroście powiatowemu (miejskiemu), jako przedstawicielowi władzy państwowej w powiecie, nałożono w § 3 rozporządzenia obowiązek zarządzenia lekarskiego badania osób podejrzanych o jaglicę, a w razie potrzeby zarządzenia leczenia przez lekarzy i przeprowadzenia go w przypadkach koniecznych pod przymusem policyjnym.

Lekarz natomiast wedle § 4 rozporządzenia **ma obowiązek** składania pisemnego doniesienia staroście powiatowemu (miejskiemu) o każdym przypadku stwierdzonego przez niego zachorowania na jaglicę. W doniesieniu winien on dokładnie oznaczyć chorą osobę i w miarę możliwości podać źródło zakażenia. Przez to lekarz w odniesieniu do trachomy został postawiony w takim stosunku do starosty powiatowego (miejskiego) i na odwrót starosta do lekarza, jak to już jest w odniesieniu do chorób wenerycznych. Zwalczanie jaglicy przez lekarza w łączności z rządem przez to powiązanie znalazło swój wyraz, jako jedno z ważnych dla państwa zadań. Jest rzeczą zrozumiałą samo przez się, że znaczenie obowiązków lekarza w zwalczaniu jaglicy czyni go w szczególnej mierze odpowiedzialnym za ich wypełnienie. **Bez dokładnego i szybkiego doniesienia lekarza** o stwierdzonym przez niego zachorowaniu na jaglicę **nie jest możliwe nadzorowanie jaglicy**, jako choroby zakaźnej; także nie byłoby możliwe rozpoznanie z uzyskanych liczb i spostrzeżeń zarządzeń, jakie winne byłyby wydać, a również i przeprowadzić, władze prowadzące nadzór zdrowotny. Zgodna z obowiązkami współpraca lekarza przy zwalczaniu jaglicy jest do tego wszystkiego niezbędna. **Przy zaniedbaniu obowiązków przez lekarza cierpi całość.** Dlatego też rozporządzenie przewiduje w § 6:

1) Lekarz, który swemu obowiązkowi doniesienia w myśl § 4 ust. 2 nie uczyni zadość we właściwym czasie, podlega grzywnie.

2) Lekarz, który zaniecha obowiązku doniesienia według § 4 ust. 1, podlega karze więzienia. Obok tego można orzec trwały lub czasowo ograniczony zakaz wykonywania praktyki zawodowej.

Przez zagrożenie ciężkimi karami, którą może stanowić także zakaz wykonywania zawodu, dano wyraz temu, że naruszenie wymienionych obowiązków może doprowadzić do tego, iż lekarz okaże się niezdolnym do wykonywania swego zawodu.

Oby etyka lekarska w każdym przypadku odebrała podstawę konieczności stosowania tego paragrafu!

Pierwsze postanowienie wykonawcze do rozporządzenia o zwalczaniu trachomy przewiduje **bezpłatność porady** w państwowych przychodniach przeciwjaglicznych. Porada bezpłatna przyczyni się do objęcia akcją większej części chorych jagliczo, niż to było dotychczas. Ponieważ oni obecnie są zobowiązani na podstawie § 1 rozporządzenia do leczenia się, wzrośnie napływ chorych jagliczo do lekarzy-okulistów, jak też do lekarzy praktykujących, a przez to do lekarzy w ogóle. Odnosi się to szczególnie do okręgów wiejskich. Jasne jest; że lekarze muszą mieć możność i muszą dążyć do tego, aby troszczyć się **o odpowiednie uświadomienie ludności** swego okręgu działania o znaczeniu i celu ustawowych postanowień o zwalczaniu jaglicy. Albowiem ludność musi wiedzieć, że to rozporządzenie będzie chronić jej własne zdrowie, a przez to jej własną zdolność do pracy, a także jej własne powodzenie i jej własny dobrobyt. Uświadomienie to winny poprzeć ulotki. Praca uświadamiająca lekarza dozna poparcia przez odpowiednie poczynania urzędów (wydawania wskazówek, ulotek itd.).

Porada w państwowych przychodniach przeciwjaglicznych, jak to powiedziano, zgodnie z § 2 pierwszego postanowienia wykonawczego, jest bezpłatna. To znaczy, że stwierdzenie przez lekarza istnienia jaglicy i związana z tym porada chorego, względnie badanie przy podejrzeniu na jaglicę z wynikiem ujemnym, są bezpłatne. Natomiast **leczenie** niezbędne wobec istnienia jaglicy **podlega opłacie.**

Chociaż jaglicę wielokrotnie spotyka się wśród mniej zamożnej czy niezamożnej warstwy ludności, jednakże w przeważającej części wypadków możliwe jest, jak przy innych chorobach, także i w przypadku zachorowania na jaglicę wypełnienie wzajemnego świadczenia w postaci honorarium za leczenie, które odbywa się w przychodniach przeciwjaglicznych przy zastosowaniu lekarstw i zabiegów lekarskich.

Ale jak będzie teraz z tymi chorymi lub osobami zobowiązanymi do ich utrzymywania, **które są pozbawione środków i skutkiem tego potrzebują opieki społecznej**?

Rozporządzenie o ściąganiu daniny od mieszkańców z 27. VI. 1940 przewiduje, że gminy i starostwa mają zużywać wpływy z daniny w pierwszym rzędzie na cele opieki społecznej.

Przez to rząd postarał się z góry, ażeby **potrzebujący opieki społecznej nie pozostali bez tej opieki**, jeżeli właściwe miejscowo gminy nie są w stanie zebrać środków dla własnych osób potrzebujących opieki społecznej. Potrzeba korzystania z opieki społecznej w Generalnym Gubernatorstwie nie jest stwierdzana, jak to było w dawniejszym państwie polskim, w postaci świadectwa ubóstwa, wystawianego przez wójta. Stwierdzenie to następuje obecnie przez referenta opieki społecznej przy starostwie powiatowym przy rozważeniu wszystkich punktów widzenia, ważnych dla uprawnienia do korzystania z opieki społecznej. Należy tu nie tylko wyłącznie dowód ubóstwa, względnie dowód, że środki chorego lub zobowiązanego do ponoszenia kosztów nie są wystarczające do przeprowadzenia — zależnie od okoliczności — długotrwałego leczenia, lecz należy tu też sprzyjający punkt widzenia, że mianowicie zdolność do pracy chorego. ale też i zobowiązanego do ponoszenia kosztów, nie może być pogrzebana przez fakt długotrwałego chorowania na jaglicę i przez spowodowane tym wydatki. Albowiem sprzeciwiałoby się to myśleniu państwowemu, gdyby wymuszano z powodów zdrowotnych wyleczenie jaglicy, a równocześnie doprowadzano całe rodziny, a nawet warstwy ludności do zubożenia. Albowiem wówczas owi zubożali wskutek choroby staliby się znowu ciężarem dla opieki społecznej. Wychowywano by też po prostu aspołeczność u takich osób wyniszczonych gospodarczo.

W przeciwieństwie do dawnego zwyczaju, kiedy to wójt często tylko niechętnie albo w ogóle wcale nie uznawał konieczności pomocy tam, gdzie drobnej posiadłości można było użyć jako dostatecznego formalnego zarzutu, dzięki rozstrzygnięciu o potrzebie korzystania z opieki społecznej przez chorego na jaglicę względnie zobowiązanego do ponoszenia za niego wydatków w obrębie władzy starosty powiatowego (miejskiego) istnieje poręka, że każdy mniej zamożny może się z pełnym zaufaniem poddać zażądanemu przez starostę leczeniu dla swego własnego dobra i dla dobra ogółu.

Lekarzy zaś może napełniać zadowolenie i duma, że zostali powołani do walki przeciw epidemii jaglicy.

O zimnicy

Napisal: Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

Zimnica (*malaria*, Wechselfieber) występowała w Polsce w okresie między dwoma wielkimi wojnami w większej ilości tylko w latach 1921 i 1922, gdy do kraju powróciły liczne rzesze repatriantów ze Wschodu. W r. 1921 zgłoszono w ten sposób przeszło 50.000 przypadków. Przeprowadzone energiczne leczenie chorych chininą, ulotki propagandowe o malarii, osuszanie błot oraz tępienie komarów sprawiło, że ilość przypadków z roku na rok szybko się zmniejszała i spadła w ostatnim 10-leciu poniżej 350 rocznie. Liczbę tę jednak trzeba by nieco powiększyć, ponieważ znana powszechnie skuteczność chininy sprawia, że ludność nieraz sama się leczy, nie zgłaszając się wcale do lekarza, a więc i do rejestracji. W ostatnim dziesięcioleciu zimnica stale występowała tylko na Polesiu, gdzie są niezmierzone błota, pozostałe zaś przypadki były tylko sporadyczne.

Zimnica łatwo się gnieździ wzdłuż Wisły, gdzie na pobrzeżu komary mają dobre warunki dla swego rozwoju. Zdarzają się przypadki i w Krakowie na obwodzie miasta, lub w najbliższej jego okolicy koło Wisły, Glinianki, Rudawy, oraz wzdłuż resztek starego koryta, na Zwierzyńcu ku Bielanom; z drugiej zaś strony Wisły w Płaszowie, Tyńcu, Kobierzynie. W ten sposób w r. 1940 zgłoszono w Krakowie 43 przypadki zachorowań, z czego 24 przypadają na obcych, 19 zaś na tubylców, w r. 1939 — 27 przypadków, z czego 13 na obcych, 14 na tubylców.

Do wybuchu epidemii zimnicy potrzebna jest obecność dwóch czynników: 1) człowiek chory na zimnicę, 2) komary z gatunku widliszków (*anopheles*). Niebezpieczne są tylko widliszki samice, wyposażone kłującymi narządami gębowymi. Są one bardzo krwiożercze i główne ich pożywienie stanowi krew ssaków, a zatem i ludzka. Gdy samicy komara uda się wbić nieco w skórę swój ryjek, zaczynają lancetowate żuwaczki posuwać się szybko, jak małe piłki, tam i z powrotem, aż wreszcie przebijają cały naskórek i trafiają w skórze właściwej na jakieś małe naczyńko krwionośne. Do maleńkiej ranki, podobnej do delikatnego ukłucia, wstrzykuje teraz komar kropelkę swej śliny, przeciwdziałającej krzepnięciu krwi, i zaczyna ssać szybko, aż póki nie napełni się jego żołądek. Następnie odlatuje bezszelestnie do jakiejś zacisznej, zabezpieczonej od wiatru kryjówki, by spokojnie przetrawić pobrany pokarm. Jeżeli komar nassał się krwi człowieka, dotkniętego malarią, pasożyt tej choroby, znajdujący się we krwi, przechodzi teraz w ciele komara swoiste przemiany.

Pasożytem zimnicy jest pierwotniak, *plasmodium*, odkryty w r. 1880 przez **Laverana.** Znajduje się on u chorych na zimnicę w czerwonych ciałkach krwi i żywi się ich barwikiem, hemoglobiną. Od czasu wiekopomnego odkrycia Laverana pokazało się jednak, że pasożyt zimnicy występuje u ludzi najmniej w trzech odmianach. Ponieważ rozwój każdej odmiany jest w ścisłym związku z przebiegiem choroby i daje wskazówki, jak należy ją leczyć, przypomnimy tu pokrótce najważniejsze wiadomości o pasożycie i jego odmianach. Wszystkie trzy odmiany rozmnażają się podobnie: bądź bezpłciowo we krwi chorego, bądź płciowo w ciele widliszków.

1. Najczęściej spotykanym w klimacie nad Wisłą pasożytem jest pasożyt zwany „*plasmodium vivax*", wywołujący najczęściej tutaj występującą zimnicę trzeciaczkę, której głównym objawem są napady febry co drugi, t. j. licząc od pierwszego dnia choroby co trzeci dzień, dokładniej mówiąc co 48 godzin. Napady te są w związku z 48 godzin trwającym cyklem bezpłciowego rozwoju pasożyta.

Gdy komar zakażony malarią ukłuje zdrowego człowieka, wtedy razem ze śliną komara przedostaje się do krwi ludzkiej pasożyt w postaci niezmiernie małych tworów, t. zw. sporozoitów. W 11—12 dni po zakażającym ukłuciu widliszka może już wystąpić pierwszy napad zimnicy u nowego chorego. Sporozoity przetwarzają się w kulki zarodzi (*plasmodia*), które odznaczają się w świeżym preparacie mikroskopowym żywymi ruchami pełzakowatymi (stąd nazwa *plasmodium vivax*). Wtargnąwszy do czerwonych ciałek krwi, pasożyty zajmują w nich z początku niewielką przestrzeń, mniej, niż 1/10 objętości krwinki, potem rosną, pochłaniając barwik, z którego odrzucają niepotrzebną dla nich część w postaci czarnej melaniny; stopniowo zajmują prawie całą krwinkę, która się powiększa; pasożyt przybiera teraz kształt morwy albo stokrotki, aż wreszcie po 11—12 dniach krwinka pęka, stokrotka rozpada się na 10—24 organizmów potomnych, t. zw. merozoitów. Te różne formy możemy doskonale widzieć pod mikroskopem przy dużym powiększeniu na preparatach barwionych specjalną metodą. Po pęknięciu krwinki merozoity dostają się do osocza krwi, ale wkrótce wkraczają do nowych krwinek i przechodzą ten sam 48 godzin trwający rozwój. W zwykłej zimnicy, w której napady febry występują w regularnych odstępach czasu, wszystkie znajdujące się we krwi plasmodia dojrzewają i dzielą się mniej więcej o tej samej godzinie; dreszcze zjawiają się u chorego w tym czasie, kiedy odbywa się dzielenie. Wszystkie bezpłciowo powstające we krwi pasożyty malarii noszą z greckiego ogólną nazwę schizontów (co znaczy: powstające przez podział). Przy podziale pasożyta na schizonty powstają we krwi prawdopodobnie jakieś toksyny, bliżej zresztą nieznane, które wywołują u chorego febrę.

Obok bezpłciowej formy rozmnażania istnieje jeszcze płciowe rozmnażanie: niektóre merozoity rozwijają się na większe twory męskie i żeńskie, zwane z greckiego gametami (co znaczy: małżonkowie). Łączenie się tych form płciowych i dalszy rozwój zachodzi w ciele widliszków przy temperaturze co najmniej 15°, a przyśpiesza się w temperaturze wyższej, trwając od 10 do 14 dni.

2. Drugim pasożytem malarii jest pasożyt czwartaczki, *plasmodium quartanae*, potrzebujący do swego bezpłciowego rozwoju we krwi ludzkiej 72 godzin. Odpowiednio do tego napady febry powtarzają się u człowieka co 3-ci, licząc od pierwszego dnia choroby, co 4-ty dzień, skąd nazwa: czwartaczka, febris quartana.

Badanie zabarwionego preparatu pod mikroskopem pozwala odróżnić tę odmianę od pierwszej. Gamety pasożyta czwartaczki rozwijają się w ciele widliszków podobnie jak pasożyta trzeciaczki.

3. Daleko złośliwsza jest trzecia postać, *plasmodium tropicum*, wywołująca niebezpieczną zimnicę pod zwrotnikami (*malaria tropica, seu perniciosa*) także w krajach śródziemnomorskich i w Afryce. Trafia się także nad Wisłą, gdzie wywołuje ciężką postać malarii, zwaną bagiennicą, która ma nieregularny przebieg i zwykle ciągłą gorączkę. W zimnicy podzwrotnikowej rozwój i podział nie we wszystkich plasmodiach, znajdujących się we krwi, odbywa się jednocześnie, lecz we krwi można zawsze widzieć razem rozmaite fazy rozwoju. Przy tym plasmodia te ukazują się w krążącej krwi nie tak stale i regularnie, jak w trzeciaczce i czwartaczce, mianowicie nie podczas napadu febry; zbierają się one więcej w narządach wewnętrznych, w śledzionie, w mózgu. Postacie płciowe, które przechodzą dalszy cykl rozwoju w ciele widliszków, ukazują się także już we krwi chorego, co jest charakterystyczne dla tej odmiany pasożyta.

Prócz tych trzech typowych odmian zimnicy, będących następstwem i wyrazem swoistego zakażenia jedną z trzech wymienionych odmian pasożyta, zdarzają się niekiedy zakażenia mieszane i powikłane. Mogą we krwi znajdować się od razu dwie generacje pasożyta trzeciaczki, które rozwijają się na przemian, co dzień inna, w następstwie czego napad febry wypada nie co drugi dzień, lecz co dzień (*febris quotidiana*). To samo może się zdarzyć przy czwartaczce, a wtedy chory będzie miał np. dwa dni z rzędu febrę i trzeciego przerwę bezgorączkową (*febris quartana duplex*), albo w jednym dniu dwa napady, po czym dwa dni następne bez febry (*febris quartana duplicata*). Obecność we krwi trzech pokoleń tych samych pasożytów czwartaczki może spowodować znowu typ codzienny. Mogą także wystąpić we krwi chorego równocześnie dwie odmiany pasożyta: pasożyt trzeciaczki i bagiennicy, trzeciaczki i czwartaczki, czwartaczki i bagiennicy, a nawet wszystkie trzy odmiany razem. Wtedy napady przychodzą nieregularnie w różnych dniach i w różnych porach dnia.

Nieregularny przebieg zimnicy może pochodzić

także stąd, że wyjątkowo płciowy rozwój pasożyta odbywa się nie w komarze, lecz w człowieku, może się zdarzyć także rozwój partenogenetyczny pasożyta tj. bez udziału samców. Wszystko to odbywa się w organiźmie ludzkim w różnych porach dnia, wskutek czego napady gorączki i jej nasilenia są nieregularne i mają różne natężenie.

Przechodzimy do opisu klinicznego zimnicy. Febra przerywana (*febris intermittens*) jest tą postacią zimnicy, którą w klimacie nad Wisłą najczęściej się obserwuje. Najczęstszą jest trzeciaczka, rzadszą czwartaczka, nierzadką bagiennica z febrą zwalniającą (*febris remittens*) lub ciągłą (*febris continua*). W latach 1896—1899 na 446 badanych w Krakowie przypadków malarii było 9% bagiennicy, reszta przypadała na łagodną trzeciaczkę i czwartaczkę.

Zimnica występuje najczęściej latem i na jesieni, mniej więcej od lipca do listopada. Okres wylęgania i zwiastunów trwa razem 11—12 dni, tj. tyle czasu, ile sporozoity potrzebują, żeby się wykształcić na rozwinięte pasożyty w krwinkach i rozpaść się na merozoity. W tym czasie chorzy już się źle czują i źle wyglądają: są osłabieni, mają dreszczyki, ciężką głowę, obłożony język, niesmak w ustach, brak apetytu, pragnienie, źle trawią i źle śpią. Już w tym czasie śledziona się powiększa. W tym okresie choroba mogłaby nasunąć w pierwszej chwili myśl, że to jest może tyfus brzuszny, brak jednak wysypki będzie przemawiał przeciwko tyfusowi, a rozwinięty napad febry pozwoli nam rozpoznać zimnicę.

Rozwinięty napad febry zaczyna się zwykle przed południem silnym dreszczem, po którym następuje okres wysokiej gorączki, połączonej z suchością skóry, wreszcie przychodzą zlewne poty i napad po kilku godzinach się kończy.

Dreszcz przychodzi zwykle nagle; występuje drżenie, nieraz trzęsienie całego ciała, chory dzwoni zębami. Uderzenia szczęki o szczękę bywają niekiedy tak silne, że mogą doprowadzić do pęknięcia kości. Niekiedy razem z chorym i łóżko drży i porusza się. Skóra traci różowe zabarwienie i jędrność i staje się bladosiną i zwiędłą; pierścionki i bransoletki raptem okazują się za duże i spadają z palców i z rąk. Oczy zapadnięte, paznokcie sinieją. Tętno drobne, przyśpieszone; opukiwanie serca prawie zawsze wykazuje rozszerzenie granic w wymiarze poprzecznym. Temperatura podnosi się podczas dreszczu do 39°—40°. Te objawy dadzą się wytłumaczyć skurczem tętnic obwodowych i przepełnieniem krwią układu żylnego i narządów wewnętrznych.

Po dreszczu, który trwa 1—2 godzin, rzadko dłużej, przychodzi okres pałania. Chory zamiast zimna zaczyna odczuwać gorąco naprzód zwykle wewnątrz, potem zewnątrz, w kończynach; drżenie ustaje. Skóra, dotąd blada i zimna, staje się czerwoną i ciepłą, odzyskując poprzednią jędrność; na razie jest sucha. Oczy pałają, spojówki stają się czerwone. Temperatura często podnosi się jeszcze wyżej o pół stopnia i więcej i dojść może nawet do 43°, co nas wtedy upoważnia do złego rokowania. Silne pragnienie męczy chorego. Tętno wciąż mocno przyśpieszone, lecz pełniejsze, niż w okresie dreszczu. Okres pałania trwa stosunkowo krótko: już w godzinę od chwili jego wystąpienia skóra staje się wilgotną i wkrótce po tym występują obfite poty, które trwają kilka godzin, kończąc napad. W okresie pocenia się temperatura wraca do granic prawidłowych. Wielu chorych zapada w głęboki orzeźwiający sen, z którego się budzi z uczuciem ulgi i jakby zdrowia. Niestety, o ile lekarz nie zaordynuje we właściwym czasie chininy, następny napad wystąpi z punktualnością zegarka po 48 lub 72 godzinach. Napady najczęściej występują w dzień, rzadziej w nocy i trwają od 4 do 8 godzin.

Tak wygląda typowy napad zimnicy, który jest w ścisłej zależności od cyklu rozwoju danego pasożyta. Bywają jednak w praktyce liczne odchylenia od prawidłowego przebiegu, o którym mówiliśmy wyżej.

Niekiedy napady nie występują tak punktualnie, lecz się nieco opóźniają (*postpositio*), lub występują nieco wcześniej (*anteposițio*). W ciężkiej postaci zimnicy napad trwać może znacznie dłużej, nieraz 24—36 godzin, a nawet jeszcze dłużej. Spotykamy też napady bez dreszczu wstrząsającego i wtedy albo uczucie pałania występuje od razu, albo nie występuje wcale, cały zaś napad wyraża się mocnym łamaniem w członkach i bólem głowy. Ten rodzaj napadów zdarza się dość często w okolicach Częstochowy i ma nawet wśród ludu odrębną nazwę „kostna febra“, w przeciwieństwie do „zimochy“, febry trzęsącej. Kończą się one także potami, lub nawet bez potów. Najczęściej łamanie powoli przemija i chory nie umie określić czasu, kiedy napad się skończył.

U dzieci napady zimnicy przebiegają niekiedy bardzo burzliwie. Zamiast dreszczu lub równocześnie z nim występują drgawki ogólne z utratą przytomności. Czasami widzimy w początku napadu wymioty, co zdarza się najczęściej wówczas, gdy napad występuje bezpośrednio po spożyciu obiadu.

Mocz przedstawia podczas napadu wyraźne zmiany. Podczas dreszczu ilość moczu się zwiększa i barwa jego jest blada, natomiast w okresie pałania i w okresie potów ilość ta zmniejsza się, przy czym mocz jest ciemny i mocno nasycony. Znajdowano nieraz w moczu ślady białka.

Powyżej opisane napady febry, występujące w prawidłowych odstępach czasu podług pewnego typu, stanowią najważniejszy objaw dla typowych postaci zimnicy. Drugim również ważnym objawem klinicznym jest powiększenie śledziony, które daje się wykazać przez opukiwanie już podczas pierwszego napadu. Jednakże ponieważ obrzmiała śledziona jest w początkach sprawy zimniczej zwykle miękka, nie wyczuwamy przeto przez wymacywanie wyraźnego guza w lewym podżebrzu. Dopiero przy dłuższym trwaniu napadów badana za pomocą wymacywania śledziona przedstawia się w postaci wyraźnego guza, wysuwającego się przy głębokim wdechu spod żeber. Im dłużej trwają napady, tym objaw ten dobitniej występuje. Jest on zarazem stałym objawem zimnicy, gdyż tylko u ludzi starych przy twardej i niepodatnej otoczce możemy go wyjątkowo nie znajdować.

Trzecim objawem zimnicy jest szybko rozwijająca się niedokrwistość. Już po kilku napadach spostrzec możemy wyraźną bladość skóry i błon śluzowych, ilość krwinek zmniejsza się, odpowiednio do ich utraty zmniejsza się też ilość hemoglobiny. Skóra jest nie tylko blada, lecz ma jakby szare, brudne zabarwienie, które zależy prawdopodobnie od nagromadzenia melaniny w naczyniach skóry.

W cięższych przypadkach zimnicy spotykamy niekiedy obrzmienie wątroby i żółtaczkę. Pierwszy objaw występuje w nieznacznym stopniu prawie przy każdej typowej postaci zimnicy i wyraża się tylko pewnym powiększeniem granic wątroby oraz wrażliwością przy ucisku na prawe podżebrze. W ciężkich postaciach tej sprawy wątroba staje się wymacalną, bo-

lesną na ucisk i równocześnie ukazuje się żółtaczka, o niewielkim zresztą natężeniu. Podczas napadów żółtaczka zwiększa się wyraźnie, w przestankach bezgorączkowych zmniejsza się i ustępuje szybko przy leczeniu chininą.

Na koniec wspomnieć jeszcze trzeba o dość częstym objawie zimnicy: o wyprysku wargowym (*herpes labialis*). Występuje on w 30% wszystkich przypadków, rzadko podczas pierwszego napadu, najczęściej zaś po drugim lub trzecim; niekiedy powtarza się podczas powrotów zimnicy. Jeżeli leczenie chininą jest niedostateczne, to zdarzyć się może, że właściwe napady ustają, lecz w tym samym czasie, w którym napad miał wystąpić, ukazuje się typowy wyprysk. Najczęściej wyprysk zajmuje tylko wargi, czasami jednak widzimy go na podniebieniu twardym i na skrzydłach nosa, przy tym częściej bywa jednostronny, aniżeli obustronny.

W przerwie między napadami bywa samopoczucie dobre, natomiast istnieje senne osłabienie, czasem jest dużo moczu. Wskutek zniszczenia i rozpadu licznych ciałek krwi rozwija się niedokrwistość, która wzmaga się w miarę trwania napadów coraz bardziej. Dalsze napady są, w porównaniu z pierwszymi, coraz mniej nasilone; mimo to po szeregu napadów rozwija się obraz charłactwa zimniczego (*cachexia malarica*), o którym niżej.

(Dokończenie nastąpi)

Badanie krwi w praktyce ogólnej przy malarii

Napisał: Dr. E. F. Rissmann, naczelny lekarz Niemieckiego Szpitala Okręgowego, Kraków.

Na zaproszenie Redakcji mają być pokrótce omówione badania laboratoryjne, możliwe do przeprowadzenia także i dla lekarza praktykującego, dla wyjaśnienia przypadków chorobowych, podejrzanych o zimnicę. Najpierw można powiedzieć, że już sama zima ostro zahamowała rozszerzanie się przypadków malarii. Albowiem plasmodia zimnicy rozmnażają się w komarach tylko przy ciepłocie powietrza co najmniej 17° warunek, który w naszym pasie daje się spełnić tylko w lecie.

Zadowalam się przypomnieniem, że bezpłciowe rozmnażanie pasożytów w czerwonych ciałkach krwi wywołuje napady gorączki, podczas gdy płciowe rozmnażanie się przyczynia się do dalszego rozszerzania zimnicy drogą poprzez komary *Anopheles*. Charakterystycznym jest, że rozmnażanie następuje zawsze w czerwonych ciałkach krwi.

Postacie płciowe (gamety) stopniowo giną w ustroju ludzkim, podczas gdy bezpłciowe (merozoity) dostają się do czerwonych ciałek krwi, rozrastają się w nich w twory pierścieniowate, niszczą hemoglobinę i wreszcie rozmnażają się przez podział, aby na nowo rozpocząć to krążenie.

Znamy i rozróżniamy 3 rodzaje plazmodiów:

1) *plasmodium vivax*, zarazek *malaria tertiana*,
2) *plasmodium malariae*, zarazek *malaria quartana*,
3) *plasmodium immaculatum*, zarazek *malaria tropica*.

U pasożytów trzeciaczki znany jest rozwój od sygnetu (niebieski pierścień z czerwonym jądrem), stopniowy podział z pomnażaniem jądra, aż wreszcie dojrzałe pasożyty wypełniają i powiększają całą krwinkę. Dojrzała postać podziałowa wygląda wówczas jak owoc morwy. Ten rozwój trwa 48 godzin i określa rodzaj napadów gorączki. W stadium powiększania czerwonych ciałek krwi tracą one swą barwę i wykazują początkowo delikatne, później większe błyszcząco-czerwone nakrapianie t. zw. „punkcikowanie Schüffnera".

Pasożyt czwartaczki wykazuje całkiem podobny rozwój do pasożytów trzeciaczki. Jednakże powiększenie czerwonego ciałka krwi przy tym nie występuje. Cały rozwój trwa 72 godziny, co warunkuje typ gorączki.

Dla pasożytów malarii zwrotnikowej charakterystyczne są dwie postacie występowania. Małe pierścienie — ostrzej zarysowane niż przy innych postaciach — i postać półksiężyca. Figur podziałowych nie znajdujemy w płynącej krwi, lecz tylko w naczyniach włoskowatych mózgu, śledziony i szpiku kostnego.

We wszystkich przypadkach ma miejsce odkładanie barwika wewnątrz komórek krwi.

Badanie krwi daje w każdym przypadku wyjaśnienie; pobranie krwi do badania w sposób najbardziej celowy następuje na szczycie gorączki albo w czasie opadania gorączki.

Już w niebarwionej kropli krwi można przy pewnej wprawie i doświadczeniu rozpoznać pasożyty po migocącym pigmencie.

Barwienie cienkiego rozmazu krwi może się odbyć metodą Giemsy lub Mansona; jeżeli pasożytów jest mało, musi się ich nieraz szukać bardzo długo. Dlatego jest bardziej celowym sporządzenie grubej kropli i barwienie jej metodą Giemsy, przez co uzyskuje się więcej pasożytów w polu widzenia.

I. Do barwienia metodą Mansona potrzebne są następujące odczynniki: alkohol metylowy, oraz roztwór boraksu i błękitu metylenowego.

Preparat wysuszony na powietrzu utrwala się przez 10 minut w alkoholu metylowym, następnie wkłada na 5—10 sek. do słabego roztworu barwika, a potem tak długo przemywa wodą bieżącą, aż preparat zdaje się być zabarwiony na matowo zielono. Wówczas suszy się go na powietrzu i bada pod immersją.

II. Dla barwienia metodą Giemsy używa się alkoholu metylowego i gotowego odczynnika Giemsy. Odczynnik Giemsy należy rozcieńczyć wodą destylowaną, tak że na półtorej kropli odczynnika przypada 1 cm³ wody. Preparat musi być też utrwalany przez 10 min. w alkoholu metylowym, następnie mokry włożony do odczynnika Giemsy i barwiony około 45—60 minut.

III. Grubszą kroplę nie trudno jest uzyskać. Główny warunek: szkiełka przedmiotowe starannie oczysz-

czone alkoholem i eterem. Takim szkiełkiem dotyka się kropli krwi z poprzednio starannie oczyszczonej opuszki palca lub płatka ucha. Pozostałą na szkiełku kroplę rozciera się pręcikiem szklanym do wielkości co najmniej grosza. Warstewka rozmazu musi być cienka, gdyż inaczej po starannym wielogodzinnym suszeniu łatwo się łuszczy. Utrwalanie przy tym jest niepotrzebne. Preparat zanurza się w rozcieńczony odczynnik Giemsy (1 kropla na 1 cm³ wody destylowanej). Następnie przemywa się i powoli suszy. Dobrze barwiony preparat wykazuje delikatny czerwonofioletowy połysk.

W lecznictwie wskazanie na atebrynę i plasmochinę jest prawie niepotrzebne, gdyż oba te niemieckie preparaty zdobyły sobie tymczasem znaczenie światowe. Atebrynę, która działa tylko na schizonty, należy podawać przez tydzień po 0,3 trzy razy dziennie, w związku z tym potrzebne jest następowe leczenie plasmochiną dla zniszczenia gamet, 3—5 dni trzy razy dziennie po 0,3 plasmochiny. Chciałbym tu wskazać na możliwe działania uboczne plasmochiny, które przy tym zaznaczają się względnie żywymi objawami żołądkowo-jelitowymi.

Przy *malaria tropica* najbardziej celową wydaje się kombinacja plasmochiny (0,01) i chininy (0,3) w postaci chinoplazminy, daje się przy tym przez 7 dni trzy razy dziennie jedną tabletkę. W następnych 4 tygodniach na zmianę zawsze cztery dni przerwy i trzy dni trzy razy dziennie tabletkę chinoplasminy.

Przy wczesnym rozpoznaniu i wczesnym prawidłowym leczeniu rokowanie w zimnicy jest całkiem korzystne. Jednakże zawsze należy liczyć się z jej nawrotami.

Kredytowanie porta za przesyłki służbowe

Władze publiczne i odosobnieni urzędnicy, którzy zastępują władze publiczne, mogą pozostawiać osobom prywatnym dla odpowiedzi na zapytania koperty i kartki pocztowe, które z góry zaopatrzono dopiskiem „gebührenpflichtige Dienstsache" (sprawa służbowa podlegająca opłacie) i odciskiem pieczęci urzędowej. To samo odnosi się też do przesyłania materiału do zbadania do państwowych placówek badawczych. Zgodnie z tym na przyszłość można pozostawiać polskim lekarzom potrzebne koperty i kartki pocztowe, które są zaopatrzone dopiskiem „gebührenpflichtige Dienstsache" i pieczęcią urzędową właściwej władzy.

Opłaty kredytowane będą przyznawane tylko wówczas, jeżeli odbiorca przesyłek postawi we właściwym urzędzie pocztowym pisemny wniosek o kredytowanie, a po uwzględnieniu wniosku regularnie podejmuje przesyłki pocztowe z urzędu pocztowego.

Za przypadające porto będzie się pobierać opłaty po 2 grosze od złotego lub rozpoczętego złotego i miesiąc, najmniej jednakże 1 złoty miesięcznie.

Należności za kredytowane porto i przypadające za to opłaty będą obliczane miesięcznie.

Z Kasy Wzajemnej Pomocy Izby Lekarskiej Krakowskiej

Kraków, w styczniu 1941.

Kasa Wzajemnej Pomocy Izby Lekarskiej Krakowskiej zawiadamia swych Członków, że jest czynna w dalszym ciągu nieprzerwanie od września 1939 roku. Kasa wypłaca stale wdowom po członkach własnych rentę miesięczną możliwie aż do osiągnięcia całkowitej wypłaty premii pośmiertnej. Wypłaty te są dokonywane wyłącznie ze składek płaconych co miesiąca przez członków Kasy. W razie niepłacenia składek musiałaby ulec redukcji kwota renty wypłacanej wdowom co miesiąc. Z tego powodu Kasa zwraca się z gorącym apelem do Kolegów Członków Kasy, aby swe zaległości wyrównali, nie czekając na kroki egzekucyjne, jakie Kasa byłaby zmuszona wdrożyć przeciw zalegającym członkom. Zwracamy uwagę Kolegów, którzy już 5 lat do Kasy należą, że przechodzą do grupy pełnopłacących stawki.

Koledzy członkowie Izby Lekarskiej, którzy już od 5 lat mają prawo wykonywania praktyki lekarskiej, winni wpisać się do Kasy Ubezpieczeniowej, opłacić wpisowe i opłacać połowiczne wkładki członkowskie. Koledzy osiedli na terenie Izby Lekarskiej Krakowskiej, a należący do Kas Ubezpieczeniowych innych Izb Lekarskich, winni **do 15 lutego 1941 r.** nadesłać deklaracje, albo że przystępują do Kasy Wzajemnej Pomocy Izby Krakowskiej, albo że pragną pozostać nadal w Kasie dawnej swej Izby Lekarskiej.

Prezes: *Dr. Topolnicki*

Z powodu zgonu prenumeratora naszego pisma Dr. Edwarda Żulińskiego, Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła pozostałej wdowie i synowi Kraków, ul. Kujawska 5, wyznaczoną premię ubezpieczeniową w wysokości zł. 100.

Z powodu zgonu prenumeratora naszego czasopisma aptekarza Mgr Józefa Batyńskiego, Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła zarządczyni apteki „Pod Opatrznością" w Gorlicach, Rynek, p. Mgr. Adeli Michalskiej dla pozostałych spadkobierców wyznaczoną premię ubezpieczeniową w wysokości 100 zł.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.



CENNIK OGŁOSZEŃ

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm.
1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna	Zł 537·60
1 mm w 1 łamie . . .	0·24

OPUSTY:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

DOPŁATY:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·40

WOLNE POSADY:

za słowo	Zł 0.40
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.